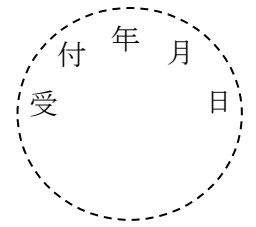


提出先:本人(被保険者)→健保組合



健康保険限度額適用認定申請書

常務理事	適用担当

被保険者証記号番号		—	従業員番号	
被 保 険 者	氏名	昭和 平成 令和	勤 務 事 業 所	名称
	生年月日	年 月 日		所在地
適 用 対 象 者	氏名	昭和 平成 令和	続柄	
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
被保険者の住所		〒 電話番号		
認定証の送付先 (上記と違う場合)		〒 電話番号		
被保険者と連絡が取れない場合		連絡可能な方の名前	連絡先	
入院等の予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
利用する医療機関名				
電話番号		— —		

上記のとおり「健康保険限度額適用認定証」の交付を申請します。

健 保 記 入 欄	交付日	: 令和 年 月 日
	有効期間	: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	送付日	: 令和 年 月 日
	回収日	: 令和 年 月 日